

Fragebogen bei Schnarchen und Verdacht auf Schlafapnoe

Datum:

Name:

Geburtsdatum:

Beruf:

Größe:

Gewicht:

Schlaf

Nie Selten Häufig

Wurde berichtet, dass Sie schnarchen? Seit wie vielen Jahren?

Hat die Schnarchintensität zugenommen? Seit wann?

Zu welcher Uhrzeit gehen Sie ungefähr schlafen und wann stehen Sie morgens auf?

von: Uhr bis: Uhr

Wachen Sie morgens unausgeschlafen und gerädert auf?

Wurden von Ihrem Partner nächtliche Atempausen beobachtet?

Wie viele Stunden schlafen Sie in der Regel? Stunden

Haben Sie Schwierigkeiten einzuschlafen?

Haben Sie Schwierigkeiten durchzuschlafen?

Arbeiten Sie im Schichtdienst? Ja Nein

Verspüren Sie im Schlaf unkontrollierte Zuckungen in den Beinen?

Schwitzen Sie nachts?

Überkommt Sie plötzlich mittags oder nachmittags Müdigkeit?

Waren Sie schon einmal im Schlaflabor? Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

unauffällig Schlafapnoe Wo? Wann?

Tragen Sie eine Atemmaske? Wenn ja, seit wann?

Tagesbefinden

Nie Selten Häufig

Leiden Sie unter morgendlichen Kopfschmerzen?

Haben Sie ein Druckgefühl im Kopf?

Fühlen Sie sich überdurchschnittlich müde und abgeschlagen?

Fühlen Sie sich in Ihrer Belastbarkeit eingeschränkt?

Ist Ihr Konzentrationsvermögen beeinträchtigt?

Sind Sie auffällig vergesslich?

Sind Sie häufig ungeduldig und gereizt?

Leiden Sie unter Motivationslosigkeit?

Sind Allergien bekannte? Wenn ja, welche?

Leiden Sie unter einer behinderten Nasenatmung?

Hatten Sie schon einmal eine Entzündung der Nasennebenhöhlen?

Benutzen Sie Nasenspray?

Treten wiederkehrende Hautreizungen (Ekzeme) auf?

Verspüren Sie plötzlich auftretende Müdigkeit während einer Mahlzeit?

Fragebogen bei Schnarchen und Verdacht auf Schlafapnoe

Ernährung und Genussmittel	Menge/Tag
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten/Tag?	
Trinken Sie Alkohol? <input type="checkbox"/> Bier <input type="checkbox"/> Wein <input type="checkbox"/> Schnaps <input type="checkbox"/>	
Trinken Sie Kaffee/Tee? Wenn ja, wie viele Tassen am Tag?	
Trinken Sie Cola? Wenn ja, wie viele Gläser/Tag?	
Wann essen Sie Ihre letzte Mahlzeit am Tag?	

Vorerkrankungen:

Haben Sie internistische Erkrankungen? Wenn ja, welche?

Haben Sie andere chronische Erkrankungen? Wenn ja, welche?

The Epworth Sleepiness Scale (ESS)

Wie wahrscheinlich ist es, dass Sie in den folgenden Situationen einnicken oder einschlafen? Es geht dabei um EINNICKEN und EINSCHLAFEN, nicht nur um eine geringe Müdigkeit. Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre normale Lebensweise in der letzten Zeit. Auch wenn Sie einige dieser Dinge kürzlich nicht getan haben, versuchen sie sich bitte vorzustellen, wie Sie in dieser Situation gefühlt hätten.

Benutzen Sie bitte die folgende Scala, und ordnen Sie die zutreffende Zahl der jeweiligen Situation zu:

- 0 = nie einnicken oder einschlafen
- 1 = geringe Wahrscheinlichkeit einzunicken oder einzuschlafen
- 2 = mittlere Wahrscheinlichkeit einzunicken oder einzuschlafen
- 3 = hohe Wahrscheinlichkeit einzunicken oder einzuschlafen

Situation	0	1	2	3
Lesen im Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inaktiv an einem öffentlichen Ort sitzen (z.B. Theater, Kino, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Als Beifahrer im Auto für eine Stunde ohne Pause	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beim Hinlegen am Nachmittag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bei einem Gespräch im Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im Sessel nach einem Essen ohne Alkohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Im für einige Minuten stehendem Auto im Verkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>